

Cartas científicas

# Análisis de la composición corporal en mujeres adultas con lupus eritematoso sistémico

A. Bravo Ramírez<sup>1</sup>, G. F. Hurtado Torres<sup>1</sup>, M. Martínez Martínez<sup>2</sup>, C. Abud Mendoza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nutrición Clínica. <sup>2</sup>Unidad Regional de Reumatología. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto-UASLP. San Luis Potosí, México.

Las alteraciones nutricionales son comunes en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y pueden afectar negativamente el curso y pronóstico de la enfermedad<sup>1,2</sup>. Se realizó un estudio piloto de tipo transversal y descriptivo, con el objetivo de evaluar la composición corporal en una población mexicana con LES. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES atendidos en el Centro Regional de Reumatología del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” en quienes se evaluó la composición corporal<sup>3</sup> mediante índice de masa corporal (IMC), índice cintura-cadera (ICC), índice de masa libre de grasa (FFMI), índice de masa grasa (FMI) y análisis de impedancia bioeléctrica (IBE) y análisis de vectores de impedancia bioeléctrica<sup>4</sup> (VIBE). Se utilizó un bioimpedanciómetro RJL (Systems® Quantum X, Clinton Twp, MI, USA) monofrecuencia, la masa magra corporal se calculó mediante el empleo de la fórmula de Lukaski<sup>5</sup>.

Se incluyeron 24 mujeres, edad media de 34,5 (12,8 desviación estándar, DS) años, duración de la enfermedad, 81,6 (71,3 DS) meses. Tratamiento médico: 18/24 (75,0%) pacientes tomaban esteroides, 16/24 (66,6%) azatioprina y 16/24 (66,6%) estatinas. La dosis media de prednisona fue de 10,5 (9,7, DS) mg por día. Cuatro pacientes (16,6%) tenían diagnóstico de síndrome metabólico.

Mediciones antropométricas: Peso promedio 63,4 (12,8 DS) kg. IMC promedio 26,7 (6,5 DS) kg/m<sup>2</sup>; por IMC 12/24 (50,0%) pacientes se clasificaron como normales, 5/24 (20,8%) con sobrepeso y 7/24 (29,2%) con obesidad. Media de ICC, 0,91 (0,06 DS). 21/24 pacientes (87,5%) clasificaron en la categoría de alto riesgo cardiovascular por ICC. Composición corporal: 19/24 pacientes (79,2%), clasificaron para categorías de sobrepeso y obesidad según el porcentaje de masa grasa corporal por IBE. Media del índice de masa grasa

(IFM) 10,8 (5,16 DS) kg/m<sup>2</sup> y la media del índice de masa libre de grasa (IFFM) fue de 15,9 (2,6 DS) kg/m<sup>2</sup>. Media del ángulo de fase (AF) 5,98° (1,54° DS). Mediante VIBE, 6/24 (25,0%) pacientes fueron clasificados en la categoría de caquexia (fig. 1).

En la población femenina con diagnóstico de LES, la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, el incremento en el porcentajes de masa de tejido adiposo e IFM, ameritan particular atención, en virtud de la asociación del incremento en la adiposidad corporal con la presencia de síndrome metabólico y mayor morbimortalidad cardiovascular (CV). La mayoría de las pacientes presentaron obesidad abdominal de acuerdo a los valores del ICC (índice > 0,85)<sup>6,7</sup> hallazgo relevante, dado que, en la literatura, se ha descrito ampliamente que la compartimentalización de la masa grasa a nivel visceral, se constituye como un factor de riesgo para morbilidad CV<sup>6,7</sup>.

No obstante, que el AF demostró conservación de masa magra conforme valores de normalidad para la

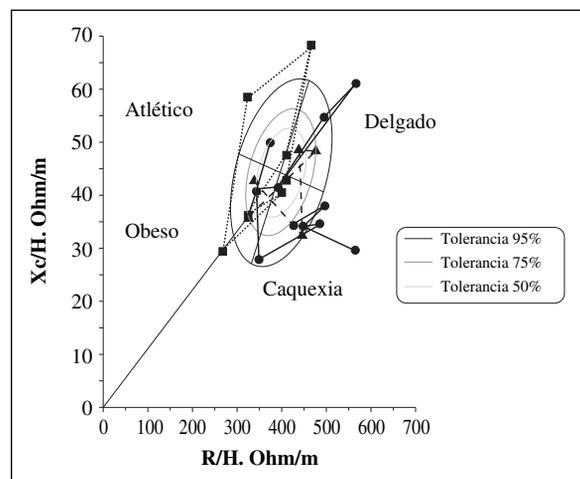


Fig. 1.—Comportamiento de la composición corporal. Se muestra el comportamiento de la composición corporal mediante análisis de vectores de impedancia bioeléctrica (VIBE). Cada punto del gráfico representa un paciente, así como su clasificación dentro de las cuatro categorías descritas para la composición corporal por VIBE. Un porcentaje significativo de la muestra (66,6%) presentaron alteración en la composición corporal, fuera dentro la categoría de obesidad o caquexia.

**Correspondencia:** Gilberto Fabián Hurtado Torres. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. Av. V. Carranza, 2395. 78210 San Luis Potosí, México. E-mail: biosfera19@mail.com

Recibido: 17-XII-2011.  
1.ª Revisión: 2-I-2012.  
Aceptado: 17-I-2012.

media de edad y género; el 37,5% de la muestra presentó depleción de masa magra por IFFM y la cuarta parte de la misma, clasificó para la categoría de caquexia mediante BIVA<sup>4</sup>, por lo que, el AF como métrica única para diagnosticar desnutrición, podría representar un marcador de baja sensibilidad para el diagnóstico de desnutrición, efecto ya demostrado en otras poblaciones<sup>8</sup>.

El IMC es un recurso poco sensible para detectar depleción de masa magra y comportamiento clínico del síndrome de caquexia, ya que por IMC, ninguna paciente había sido clasificada previamente como desnutrida, por lo que de no haber sido sujetos a una evaluación nutricional más detallada con BIE, su condición de pacientes desnutridas podría no haber sido detectada.

No se encontraron diferencias en términos de composición corporal según la terapéutica empleada, aunque el grupo de no usuarias de esteroides pudiera estar subrepresentado.

Concluimos que la IBE y el VIBE son herramientas útiles para estratificar adecuadamente el riesgo nutricional en pacientes con LES. Los pacientes con LES son candidatos a una evaluación nutricional detallada, ya que la combinación de caquexia y sobrepeso/obesidad, se constituye como un factor de riesgo de pobre pronóstico funcional, reducción en la expectativa y calidad de vida<sup>2,9</sup>, e incremento en enfermedades cardiovasculares<sup>10,11</sup>.

## Referencias

1. Manzi S. Lupus update: Perspective and clinical pearls. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2009; 76 (2): 137-42.
2. Mok CC, To CH, Ma KM. Changes in body composition after glucocorticoid therapy in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2008; 17 (11): 1018-22.
3. Soeters PB, Petronella LM, van Bokhorst-de van der Schueren MEA, Schols JM, Halfens RJ, Meijers JMM et al. A rational approach to nutritional assessment. *Clin Nutr* 2008; 27 (5): 706-16.
4. Espinoza-Cuevas MA, Rivas-Rodriguez L, Gonzalez-Medina EC, Atilano-Carsi X, Miranda-Alariste P, Correa-Rother R. Bioimpedance vector analysis for body composition in Mexican population. *Rev Invest Clin* 2007; 59 (1): 15-24.
5. Bravo Ramírez A, Chevaille Ramos A, Hurtado Torres GF. Composición corporal en pacientes con insuficiencia renal crónica y hemodiálisis. *Nutr Hosp* 2010; 25 (2): 245-9.
6. Chumlea WC, Guo SS, Kuczmarski RJ, Flegal KM, Johnson CL, Heymsfield B et al. Body composition estimates from NHANES III bioelectrical impedance data. *Int J Obes* 2002; 26: 1596-609.
7. Douketis JD, Paradis G, Keller H, Martineau Ch. Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *CMAJ* 2005; 172 (8): 995-8.
8. Scheunemann L, Wazlawik E, Bastos JL, Ristow-Cardinal T, Mayumi-Nakazora L. Agreement and association between the phase angle and parameters of nutritional status assessment in surgical patients. *Nutr Hosp* 2011; 26 (3): 480-87.
9. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge D et al. Cachexia: A new definition. *Clin Nutr* 2008; 27 (6): 793-9.
10. Bays HE. Adiposopathy. *JACC* 2011; 57 (25): 2641-73.
11. Cornier MA, Després JP, Davis N, Grossniklaus DA, Klein S, Lamarche B et al. Adiposity assessing. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2011 Sep 26. [Epub ahead of print]